



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Características de las anotaciones de enfermería en el
servicio de medicina del Hospital Rezola Cañete -
2010**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias
y Desastres

AUTOR

Antonia Maribel MANCO MALPICA

ASESOR

Lic. Juana DURAND BARRETO

Lima, Perú

2010



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Manco, A. Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Rezola Cañete - 2010 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2010.

A DIOS.

Por darme la fortaleza
para seguir adelante en
la meta que me trazado.

A mi esposo e hijo por su
amor y comprensión en
cada momento de mi vida.

A MIS PADRES.

Antonia Malpica Paucar
Lucio Manco Paucar Por
sus consejos y apoyo
incondicional.

A la Lic. Juana Durand B.
por su valiosa enseñanza
y motivación permanente
durante la realización del
presente estudio.

AL HOSPITAL REZOLA – CAÑETE
Por las facilidades otorgadas para la
realización del presente estudio.

ÍNDICE

	Pág.
Índice de Gráficos	vi
Resumen	vii
PRESENTACIÓN	1
 CAPÍTULO I. INTRODUCCION	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema	3
B. Formulación del Problema	6
C. Justificación	6
D. Objetivos	7
E. Propósito	8
F. Marco Teórico	8
F.1 Antecedente del estudio	8
F.2 Base Teórica	12
G. Definición Operacional de Términos	23
 CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO	
A. Tipo, Nivel y Método	24
B. Área de estudio	24
C. Población y muestra	24
D. Técnica e Instrumento	25
E. Procedimientos de Recolección de Datos	25
F. Procesamiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	25
G. Consideraciones Éticas	25
 CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSION	26
 CAPITULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. Conclusiones	32
B. Recomendaciones	33
C. Limitaciones	33
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Características de las anotaciones de enfermería en su dimensión contenido en el servicio de Medicina del hospital Rezola _ Cañete 2010.	27
2	Características de las anotaciones de enfermería en su dimensión contenido en el servicio de Medicina del hospital Rezola - Cañete 2010.	28
3	Características de las anotaciones de enfermería según la dimensión estructura en el servicio de Medicina del Hospital Rezola – Cañete 2010.	30

RESUMEN

AUTOR : LIC. MARIBEL MANCO MALPICA

ASESOR : LIC. JUANA DURAND BARRETO

Los objetivos del estudio fueron: Identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión contenido. Identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión estructura.

Material y Métodos. El estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por todas las historias clínicas realizadas el mes de Mayo y Junio del 2010. La técnica fue el análisis documental y el instrumento una lista de cotejo.

Resultados. Del 100% 71% (53) es completa, 12%(9) es incompleta. En cuanto a las anotaciones de enfermería dimensión contenido (100%) 75, el 88%(66) es completa, 12% (9) son incompletas. En relación a la dimensión estructura (100%) 75, el 79%(59) es completa, 21% (16) incompletas.

Conclusiones Las características de las anotaciones de Enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Rezola - Cañete, en un porcentaje considerable son completas porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos. En cuanto a su dimensión contenido es completa, Los aspectos relacionados están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización. Lo relacionado a su dimensión estructura son completas porque registra de numero de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación. Pero existe un porcentaje significativo donde podemos evidenciar datos importantes que no deben faltar dentro de las anotaciones de enfermería.

PALABRAS CLAVES. Anotaciones de enfermería, contenido y estructura.

SUMMARY

AUTHOR: LIC. MARIBEL MANCO MALPICA

ADVICE: LIC. JUANA DURAND BARRETO

The objectives were: to identify if the characteristics of nursing records show significant care content dimension. Identify whether the characteristics of nursing records show significant care dimension structure.

Material and Methods. The application-level study is quantitative, cross sectional method. The population consists of all medical records made the month of May and June 2010. The technique was documentary analysis and a checklist instrument. **Results.** 100% 71% (53) is complete, 12% (9) is incomplete. Regarding the content dimension nursing records (100%) 75, 88% (66) is complete, 12% (9) are incomplete. In relation to the size structure (100%) 75, 79% (59) is complete, 21% (16) incomplete.

Conclusions: The characteristics of the nursing notes in the service of Hospital Medicine Rezola - Cañete, a considerable percentage (71%) are complete because it records vital functions, place name and surname of the patient, recorded evidence. As the scale contentis complete, related aspects are given by Registrant signs and symptoms of patient records if you have adverse reactions to the treatment administered, Points care related to bladder and bowel elimination, points related care to mobilization. The structure related to its size is complete because it records the number of clinical HC, records subjective data, implementation and evaluation. But a significant percentage where we can highlight important data that should not be missing in the nursing notes.

KEYWORDS. Nursing notes, content and structure

PRESENTACIÓN

Tradicionalmente a la enfermería se ha considerado, como una disciplina práctica y probablemente el mayor logro alcanzado en las últimas décadas se basa fundamentalmente en el conjunto de conocimiento derivado de la ciencia. Con este cambio conceptual, la Enfermería tiene ahora la brillante oportunidad de consolidar su “status profesional”, tantas veces reclamado.

La profesión de enfermería en el Perú avanza al compás de la evolución de la ciencia, la tecnología, el aporte de las ciencias sociales y humanas, basándose su ejercicio en la atención de la persona, familia y comunidad. Cuidando las necesidades humanas fundamentales asumiendo plena responsabilidad ética y legal. De ahí que ante el avance científico tecnológico exige en el marco de la competitividad que el profesional elabore y/o valore los registros que cuenta con evidencia objetiva que permita reformular, mejorar o generar nuevos registros que garanticen el trabajo de Enfermería en el marco de la ley del Enfermero.

Por lo que los registros constituye una herramienta de gestión del cuidado en el cual se registra o anota los cuidados que la Enfermera proporciona diariamente a los pacientes, constituyendo un medio para evaluar la calidad de la prestación del cuidado y desarrollo de la profesión; toda vez que puede ser utilizado como evidencia en caso de demandas legales de cualquier tipo.

El presente estudio titulado “ *características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital_ Cañete en el 2010*” tuvo como objetivo Determinar las Características de las Anotaciones de Enfermería y en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola _Cañete. Con el propósito de que a partir de sus hallazgos permita formar el desarrollo profesional del enfermero con atención segura, oportuna, continua y humana; motivando a la elaboración de las anotaciones de enfermería contribuyendo a mejorar la calidad del cuidado que se le brinda al paciente. Así como la comunicación

escrita efectiva entre los profesionales que integran el equipo de salud que brindan atención al paciente en situación de emergencia.

Esta información será de mucha utilidad para los niveles directivos de Enfermería y del Hospital para la toma de decisiones sobre éstos registros tan importantes.

El cual consta de; Capítulo I: Introducción en el cual se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivo, propósito, antecedentes del estudio, base teórico y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Métodos que incluye el nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones y Recomendaciones, finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A.-PLANTEAMIENTO DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA.

A pesar de la complejidad y transformaciones que vivimos en los últimos años, la salud ha cobrado un lugar importante en la agenda sanitaria mundial, al asumirse como aspecto central y condición fundamental de desarrollo sostenible. La Enfermería con el tiempo se ha desarrollado como profesión respondiendo a los cambios en la política sanitaria mundial, regional, además de las necesidades de la población, orientada cada vez más a mejorar su accionar en el cuidado del paciente, familia y comunidad.

Los servicios de Enfermería como parte de las organizaciones sanitarias han necesitado en éstos últimos años adecuar su capacidad de respuesta a las nuevas exigencias de la sociedad; así dentro de su práctica en el ámbito hospitalario, el profesional de Enfermería, dirige su quehacer al cuidado directo de los pacientes con diversos grados de complejidad, manejo de sofisticados equipos de alta tecnología, manejo de medicamentos y drogas diversas y junto con ellos el manejo de los correspondientes registros de Enfermería, tales como: kardex, balance hídrico, censos, anotaciones de enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado.

De modo que las Anotaciones de Enfermería como parte de los documentos que forman la historia clínica, es un formato en el que se registra el cuidado brindado al paciente, durante las 24 horas, desde la valoración, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería según las necesidades y/o problemas que presenta el paciente; como lo señala Méndez GC: “...*en general las notas de Enfermería* sirven para registrar cinco clases de informe: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de Enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la Enfermera que no fueron

ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados” (1).

Teniendo en cuenta que el proceso de atención de enfermería que constituye una herramienta para brindar atención a la persona, basado en el proceso y el método científico de comunicación que nos permite identificar y satisfacer necesidades propias del proceso salud – enfermedad.

La organización del trabajo para la atención continua en los servicios se ha establecido en turnos, de manera que el paciente y familia es atendido por diferentes profesionales lo que hace imprescindible el uso de registros sobre los cuidados que brinda el personal de enfermería para resolver los problemas de naturaleza física y emocional de los pacientes y familia, así como, el cumplimiento en la terapia y sus efectos en la evolución de la enfermedad.

Es así como las anotaciones de enfermería son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua y segura, constituyendo un documento, legal de la evolución y tratamiento del paciente en la cual se registra todas las actividades y/o cuidados que brinda el personal de enfermería, por tanto, en estos registros se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que se brinda en la institución. Así Perry Potter señala que: *“El registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación”. “La documentación de enfermería continúa evolucionando viéndose incrementada su importancia, además de ser documentos permanentes, de carácter legal y escrito que comunican información relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente.”(2)*

La eliminación de los registros repetitivos y narrativos puede reducir el tiempo total invertido en registros y producir una representación más exacta y útil de

La práctica profesional y respuesta del paciente. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, da también a la enfermera una óptima defensa en casos de retos o problemas éticos legales.

El código de ética y deontología DL. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que: *“La enfermera(o) debe ser objetivo y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional.”* (3)

En el contexto de lo expresado el registro constituye un medio de comunicación fundamental debido a que es forma esencial de las diversas fases del proceso de atención de enfermería que conlleva a la administración eficiente del cuidado del paciente. Por ello el registro es indispensable cuando se requiere de una comunicación estable y permanente sobre la información relativa al paciente para coordinar los cuidados.

Atendiendo la importancia que el registro tiene para la continuidad del cuidado del paciente, Barbara Kozier (1994) puntualiza lo siguiente: *“El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, estas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, la adaptación y la credibilidad.”* (4)

Sin embargo a pesar de la significativa importancia que se le atribuye al registro, para la continuidad del cuidado, se evidencia al respecto estudios relacionados a las características de las anotaciones de enfermería específicamente a sus características como son claridad, precisión, aplicación de un modelo científico (SOAPIE), para su elaboración y evaluación de la calidad del registro, etc. En el cual resultados nos evidencian que las anotaciones son completas, incompletas y reflejan que el cuidado brindado no es integral.

Este marco referencial generó algunas interrogantes ¿Cuánta importancia se le otorga al contenido de las anotaciones de enfermería?, ¿estamos olvidando aspectos importantes del cuidado y solo escribimos lo rutinario, sencillo y fácil?, ¿La práctica asistencial de enfermería se ve reflejada en las anotaciones?, ¿Cuál son las características de las anotaciones?, ¿Por qué el profesional de enfermería no realiza correctamente las anotaciones?, ¿Es la complejidad de la organización que dificulta su elaboración? o será la “falta tiempo para escribir las notas de enfermería”, “es difícil escribir todo lo que se realiza y observar en el paciente porque la atención directa es ardua, y a veces cuando se está escribiendo se omiten aspectos por olvido, es difícil retener información cuando se atiende a varios pacientes a la vez y no es posible dejarlos para escribir por la gran cantidad de procedimientos a realizar”.

Hospital Rezola _Cañete es un hospital de nivel III con afluencia de pacientes con múltiples patologías, en estados críticos encargado de velar por el mejoramiento de toda población bajo su jurisdicción a través de su diferentes servicios y programas. Al realizar la revisión y análisis de algunos registros se pudo evidenciar que estos expresan “paciente sin ninguna alteración “,”paciente tranquilo durante la noche”.

B.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo que se creyó conveniente realizar un estudio sobre: *¿Cuáles son las Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola - Cañete en Mayo - junio del 2010?*

C. JUSTIFICACIÓN

La Historia Clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, ya que en él se registra el testimonio y se evidencia la relación entre el paciente y el hospital. Por lo que su utilidad e importancia se centra

fundamentalmente en su valor legal, como informe de gestión e indicador de calidad, el mismo que permite realizar auditorias a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados.

Siendo la enfermera la que tiene mayor capacidad de informar continuamente sobre la evolución del paciente a todo el equipo de salud.

En este contexto la Enfermera en el marco de la Ley del Enfermero DL N° 27669, debe realizar las anotaciones de Enfermería en forma continua y oportuna, ya que constituye una fuente de datos para valorar y evaluar la calidad del cuidado de Enfermería que brinda en el marco de la calidad total y satisfacción del usuario, contribuyendo en la disminución de los riesgos y complicaciones a que está expuesto.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio fueron:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina en el Hospital Rezola - Cañete en los meses de mayo – junio 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características de las anotaciones de enfermería según dimensión contenido en el servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete.
- Identificar las características de las anotaciones de enfermería según dimensión estructura en el servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete.

E. PROPOSITO

Siendo el propósito del estudio proporcionar información actualizada para formular estrategias y promover el desarrollo del profesional de enfermería, en cuanto al registro de enfermería motivar al cambio para elaborar las anotaciones de enfermería en forma completa, es decir si realmente se anota los cuidados que brinda en forma segura, oportuna, continua y humana a los directivos del departamento de Enfermería y del Hospital para la toma de decisiones sobre estos registros tan importantes para la formulación de estrategias orientados a mejorar y optimizar la calidad de los registros a través de cursos de educación permanente al respecto y/o elaborar instrumentos para mejorar la calidad de los mismos.

F.- MARCO TEORICO

F.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el presente trabajo se revisaron algunos estudios relacionados al tema, Así tenemos:

Marina Hermelinda, Condezo Martel, el 2008, en Lima – Perú, realizó un estudio sobre “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”. El objetivo fue determinar cómo se lleva el proceso de enseñanza aprendizaje generado durante la formación profesional, con la formulación correcta de las anotaciones de Enfermería y si existe una relación correcta en la elaboración de las anotaciones de Enfermería que realizan los internos de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el INMP, como resultado de su formación profesional. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método experimental. La población fue de 40 internos de Enfermería. Los instrumentos fueron un cuestionario y la lista de cotejo. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los internos de Enfermería no dan cumplimiento al proceso de enseñanza aprendizaje en relación a la correcta elaboración de las Anotaciones de Enfermería. El 70% (28) de las anotaciones que realizan los internos no se evidencia el uso de lapicero con colores oficiales según turno, el 100% (40) no evidencia el registro de la hora del procedimiento realizado en cada acción de enfermería, el 80% (32) no se evidencia el uso de abreviaturas de uso universal, el 52.5% (21) no tiene buena caligrafía, 47.5% (19) no evidencia buena ortografía y el 100% (40) evidencian el registro de firmas, nombre y apellido y utiliza sellos”.(5).

Verónica Fretel Porras 2002, realizó en Perú un estudio sobre “Evaluación de las Anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de neurología del HNGAI”; con el objetivo de evaluar el contenido de las anotaciones de enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de neurología del HNGAI, El método utilizado fue el descriptivo exploratorio retrospectivo, con una muestra de 198 anotaciones de enfermería, llegándose a la conclusión en otros:

“Las Anotaciones de enfermería durante los años 2000 - 2002 son en un 50 % es medianamente significativa evidenciando que el cuidado brindado no ha sido integral”.
(6)

Mariela Elida Pecho Tataje 2003, En ICA realizó un estudio sobre “Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de ICA-2003”, El cual tuvo como objetivo general: Determinar la efectividad de un programa educativo en el mejoramiento de conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería. El Método fue cuasi Experimental, la Muestra fue de 60 enfermeras asistenciales que laboran en los diferentes servicios del Hospital llegando a la conclusión.

“Los resultados obtenidos fueron altamente significativos después de aplicado el programa evidenciando un mejor conocimiento y nivel de calidad de las anotaciones de enfermería comprobando así la efectividad del programa”
(7)

Cynthia Anglade Vizcarra, 2002 en Lima se realizó un estudio titulado “Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" cuyo objetivo fue determinar las Características de las Anotaciones de Enfermería y los factores asociados a su elaboración en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo.

La muestra estuvo constituida por 30 enfermeras y 240 anotaciones de enfermería, el método fue descriptivo de corte transversal, de tipo cuantitativo. Los instrumentos fueron el cuestionario y la lista de chequeo, Entre las conclusiones tenemos:

“Las anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, siendo solo el 14,5% significativa, lo cual evidencia que la atención brindada por la enfermera no ha sido de manera integral, ya que solo se basan en términos generales sobre el paciente. Así también La elaboración de las anotaciones de enfermería se encuentran asociados a los factores personales e institucionales, evidenciando que en la población estos desfavorecen (70%) su elaboración destacando los indicadores interés personal y sobre carga de trabajo respectivamente. Ante los resultados se presentan algunas recomendaciones orientadas a impulsar la práctica de la elaboración de las anotaciones de enfermería e incentivando el interés personal garantizando resultados óptimos a favor de la continuidad en el cuidado del paciente” (8).

Patricia Martínez Sarriá 2001, en Lima, realizó un estudio sobre “Labor de la enfermera asistencial y las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”; el cual tuvo como objetivo identificar el tipo de anotaciones que realizan las enfermeras en los servicios de medicina. La población estuvo constituida por 25 enfermeros y 108 anotaciones de enfermería. El método fue el descriptivo – analítico. El instrumento fue el cuestionario. Las conclusiones más importantes entre otros fueron:

"Se realizan con menor frecuencia y no expresan los cuidados brindados" "Se caracterizan por ser apreciaciones generales." (9)

Cecilia Dolores Cerquin Saldarriaga 2003, en Lima, realizó un estudio sobre "Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM". El cual tuvo como objetivo I identificar el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los Internos de Enfermería en una situación simulada, La población estuvo conformada por 86 internos y la muestra fue de 42. Las conclusiones más importantes entre otros fueron:

"Las conclusiones fueron; que los internos de enfermería obtuvieron un nivel regular en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería; referidos a la formulación de objetivos y acciones; en la formulación de Diagnósticos obtuvieron un nivel óptimo; en la formulación del plan de intervención de enfermería – objetivos un nivel regular, referidos a la formulación de tres objetivos con sus respectivas características; y en el plan de acciones de Enfermería un nivel regular, referidos a la formulación de cuatro acciones priorizadas y necesarias". (10)

Marina Hermelinda, Condezo Marte 2002, en Lima, realizo un estudio sobre," La Enseñanza aprendizaje y las "anotaciones de enfermería" para una función profesional eficiente. El cual tuvo como objetivo determinar cómo se lleva el proceso de enseñanza aprendizaje y si existe relación con la correcta elaboración de las "Anotaciones de Enfermería" que realizan los internos de enfermería de la UNMSM, La población estuvo conformada por los internos del año 2002, El método fue descriptivo. El instrumento fue un cuestionario y una lista de cotejo, Entre las conclusiones más importantes tenemos.

"Se obtuvo como resultado que los internos de enfermería no dan cumplimiento al proceso de enseñanza-aprendizaje en relación a la correcta elaboración de las Anotaciones de Enfermería, se aduce a la falta de interés, motivación, compromiso con su aprendizaje durante su enseñanza universitaria aunado al uso de la diferente

metodología utilizado por los docentes, la falta de reforzamiento en la práctica, la motivación y el poco tiempo programado curricularmente para la enseñanza de este proceso”(11).

Por lo expuesto observamos que existen algunos estudios relacionados al tema, fue lo que se considera pertinente realizar el estudio. A fin de formular estrategias para mejorar calidad de los registros.

F.2 BASE TEORICA

A continuación se presenta la base científica que sustento los hallazgos del estudio.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los fundamentos teóricos de este estudio hace referencia del registro de enfermería, sin embargo es de gran importancia reseñar el proceso de enfermería, sus interrelaciones y la fases que lo integran; por ser este el método de trabajo esencial de profesional de enfermería, el cual se caracteriza por ser sistemático, dinámico, flexible con sustento teórico, científico, interactivo, universal que persigue un fin el logro de los objetivos planificados con el paciente.

Patricia Iyer refiere sobre el proceso de atención de enfermería lo siguiente: “Método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería, es un enfoque deliberativo que busca la solución de problemas, el propósito es proporcionar un marco dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas del paciente, familia y comunidad” (12). Las fases del Proceso de enfermería se describen en cinco pasos:

Valoración de las necesidades de atención, determinación de los diagnósticos, planificación de la atención del paciente, ejecución de la atención y evaluación de los resultados. Estos pasos son cíclicos, es decir

cada paso se repite tantas veces como lo requieran los cambios en el estado de salud del paciente que alteran la base de datos haciendo necesario la realización de otras valoraciones si es necesario para el paciente.

El desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existente. A esta afirmación, se puede juzgar la calidad de la práctica, servicio e información; donde la comunicación entre los miembros del equipo de salud es vital para los cuidados del paciente. Normalmente los miembros del equipo, se comunican a través de reuniones, informes y registros; siendo estos un documento formal, legal la evolución y tratamiento del paciente.

Un registro es la constancia escrita el cual consta todos los hechos con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado.

Los registros de enfermería son un conjunto de documentos que sirven como medio de comunicación además de ser de carácter legal, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar actividades y adecuar recursos a favor de la atención que le brinda a los pacientes.

CARACTERISTICAS DEL REGISTRO DE ENFERMERIA

- El registro de enfermería deberá ser un documento adecuado legalmente y reconocido por la institución a la que pertenece el servicio que lo utilice, formando parte de la Historia del paciente. Contribuirá de manera fundamental a identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente, comunicar los cuidados prestados, analizar la calidad de los mismos, facilitar la continuidad de cuidados, facilitar la comprensión de los fundamentos

del trabajo enfermero, justificar los servicios prestados, así como configurar una base de datos.

- El registro de enfermería ha de ser reflejo del proceso enfermero, por tanto deberá estar diseñado y estructurado de manera tal que recoja todas y cada una de las etapas que lo constituyen, es decir: valoración, problemas detectados.
- Deberá estar estructurado de forma clara y muy visual, con un diseño y maquetación atractiva para el profesional, de modo que los datos cruciales puedan recuperarse fácilmente. Por ello será necesario recurrir a cuantos medios técnicos avanzados se requieran en su fase de diseño.
- Así mismo existirá un espacio reservado para los datos de filiación del paciente. En los servicios donde exista el sistema de etiqueta adhesiva de identificación ésta se colocará en éste espacio.
- También será necesario incluir un espacio en donde aparezca el nombre del servicio o unidad así como el nombre de la institución a la que pertenece. Podrán incluirse señas visuales de identificación logotipos.
- Consideramos fundamental que el primer apartado tras los datos de filiación y logotipos del centro o unidad sea el destinado a la Recepción, Acogida y Clasificación del paciente.
- Será obligatorio que, a lo largo del registro, existan distintos espacios habilitados para la firma de los diferentes profesionales de enfermería que intervengan a lo largo de la asistencia. Para dejar así constancia de la transferencia y garantizar la continuidad de cuidados entre los profesionales implicados.
- Es recomendable acogerse a un modelo teórico de Enfermería, que presida el diseño del registro, siendo nexo de unión entre todos los apartados que lo componen. Por lo tanto habrá que adecuar los contenidos a los postulados del modelo escogido.
- Se hará uso del lenguaje común enfermero que ha sido proporcionado y difundido por diversas instituciones y estudiosos del

tema con carácter internacional. Utilizando también la codificación numérica asignada en cada caso.

- En la mayoría de los casos los ítems serán cerrados para así facilitar su rápida complementación, debido a la premura y falta de tiempo que caracteriza la asistencia en urgencias y emergencias. No obstante es necesario incluir los suficientes campos abiertos para poder añadir otras opciones que no hayan sido contempladas.
- Los contenidos de los diferentes apartados que reflejan las etapas del proceso de enfermería, ofrecerán una selección de opciones. Esta selección será obtenida cuidadosamente, teniendo en cuenta las características propias del servicio, la casuística, la experiencia clínica y de los profesionales y la bibliografía al respecto; teniendo presente en todo este proceso el concepto de Enfermería Basada en la Evidencia.
- El registro contará con un sistema autocopiativo que proporcionará una o dos copias además del original. Documentos que podrán ser utilizados en diferentes itinerarios, según los acuerdos que se establezcan atención prehospitalaria, atención primaria, archivos del centro hospitalario u otros.
- Para facilitar la comprensión de este registro a los profesionales recomendamos que, al dorso existan unas breves notas aclaratorias en las que se explique la manera de complementación correcta del registro, abreviaturas, escalas empleadas, referencias bibliográficas, etc.
- El diseño e implantación de un registro propio de Enfermería deberá ser cimentado con una implicación directa del profesional, por lo que es imprescindible poner a su alcance la información y formación necesarias. El registro deberá ser conocido a la perfección por el profesional como si de un mapa se tratara. Se deberán desarrollar, mediante entrenamiento, las habilidades necesarias para conseguir una complementación rápida y eficaz. Es fundamental que se impartan cursos, jornadas o sesiones sobre proceso enfermero y registro del mismo a estos profesionales. Así mismo es aconsejable

facilitarles un manual-guía de consulta rápida de bolsillo, especialmente en los momentos iniciales.

LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA:

Las Anotaciones de Enfermería son parte de los registros existentes en enfermería, en la que prescriben actividades importantes.

Comprendidas desde la fase de planificación, ejecución o implementación del proceso de enfermería. Evidenciando las respuestas del paciente a su atención como su progreso hacia los resultados los que deberán ser registrados.

Kozier define a las anotaciones como: “registro que realiza el personal de enfermería sobre la valoración del estado del paciente, descripciones de los cambios de su estado, tratamiento administrado así como posibles reacciones y cuidados brindados. (13)

Las definiciones mencionadas anteriormente coinciden en manifestar que las Anotaciones de enfermería son un registro que realiza el profesional de enfermería acerca de la evolución del estado clínico del paciente así como su bienestar psicoespiritual explicitado en diversos aspectos de la atención brindada, destacando la identificación de problemas, las necesidades y resultados durante las 24 horas del día de su intervención.

OBJETIVOS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

- Es el resultado que se espera de la atención de enfermería, lo que se desea lograr con el usuario y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.
- La necesidad de enunciar un objetivo es para conocer específicamente lo que desea lograrse, con un enunciado claro y conciso de los objetivos, el enfermero sabrá si el objetivo deseado se alcanzó.

- Un enunciado de objetivo identifica el resultado de las acciones de enfermería Pueden ser a corto o a largo plazo.
- El objetivo establecido debe enfocarse hacia el comportamiento del usuario con el cual demuestre reducción o alivio del problema identificado en el diagnóstico de enfermería.
- El objetivo debe ser realista tomando en cuenta Las capacidades del usuario en el transcurso de tiempo determinado para dicho objetivo.
- El objetivo debe ser realista para el grado de habilidad y experiencia de la enfermera.
- El objetivo debe ser congruente y dar apoyo a otras terapias.
- Cada vez que sea posible el objetivo debe ser importante y valioso tanto para el usuario como para otros profesionales de la salud.
- Elaborar objetivos a corto plazo. (14)

PROPÓSITO DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Estas Anotaciones son elaboradas con varias finalidades o propósitos como los que se mencionan enseguida.

- **Planificación:** La enfermera utiliza la información primaria o inicial, junto con las incidencias, para elaborar y evaluar la eficacia del plan de asistencia.
- **Enseñanza:** Las Anotaciones de enfermería son una fuente esencial de información que resulta útil como recurso educativo, sirve de recurso para la enseñanza clínica y la educación al servicio.
- **Investigación:** La información recogida puede constituir valiosa fuente de datos para la investigación, como fuente primaria y secundaria.
- **Control de Calidad:** Se emplea para vigilar los cuidados que recibe este y la competencia del personal que administra esos cuidados.
- **Toma de Decisiones:** La información estadística obtenida puede ayudar a decidir, prever y planificar en función de las necesidades de la población.

- **Documento Legal:** Estos documentos sirven como evidencia de los tribunales de justicia, ya que constituyen bases para admitir o rechazar acusaciones relativas a las negligencias durante los cuidados de los pacientes.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Las Anotaciones de Enfermería para que cumplan los propósitos enunciados deben reunir las siguientes características:

En su estructura:

- **Significancia:** Se refiere a hechos trascendentales del estado del paciente que facilita la continuidad de la atención de enfermería. No se deben dejar espacios en blanco en las notas de enfermería.
- **Precisión:** Se refiere a que los hechos deben ser registrados con exactitud, siguiendo una secuencia lógica sin omitir detalles importantes, siendo así continua y oportuna. Se debe comenzar cada nota con el horario y finalizar con su firma.
- **Claridad:** Las Anotaciones deben tener un lenguaje comprensible, buena ortografía, adecuada concordancia evitando ambigüedades. No deben aparecer enmendaduras. No se debe borrar, ni aplicar líquido corrector, ni tache los errores cometidos mientras se redacta el registro; lo que se debe hacer es trazar una línea sobre el error y escribir encima error y firmar con su nombre para luego redactar lo correcto.
- **Concisión:** Las Anotaciones deben ser concisas, resumidas y concretas, y se coloca fecha y hora.

En su contenido:

- **Evaluación Física:** deberán existir datos de la valoración, complicaciones y secuelas relacionadas a la enfermedad, signos y

síntomas. Deberán contener la identificación de problemas reales y potenciales.

- **Comportamiento Interacción:** referido a las respuestas que el paciente tiene ante el proceso de hospitalización, ante el cuidado brindado, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo.
- **Estado de Conciencia:** la capacidad de comprender del paciente sobre su enfermedad, tratamiento y procedimientos que se le realizan, así mismo su estado de ánimo, percepción, orientación, apariencia y condiciones físicas.
- **Condiciones Fisiológicas:** se incluyen signos vitales, actividades de alimentación, higiene, de ambulación, descaso, etc.
- **Educación:** es la información brindada por la enfermera sobre su enfermedad, tratamiento, procedimientos realizados.
- **Información:** se redacta sobre las coordinaciones que se realiza con miembros del equipo de salud.
- **Plan de intervención:** Intervención, ejecución y evaluación de los cuidados brindados en base a las necesidades identificadas.
- **Los enfermeros debe de considerar a si mismo lo siguientes:**
 - Lista de problemas del paciente.
 - Problemas actuales del paciente.
 - Leer notas de enfermería para valorar lo que está en evolución.
 - Realizar notas de enfermería teniendo como base el proceso de atención de enfermería.

TIPOS DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

- **Anotaciones de Diagnostico o de Entrada.**

Refieren al estado general del paciente, el examen físico y acciones inmediatas a realizar, se utiliza el reporte de enfermería, la observación y entrevista, como medio para la identificación de necesidades y/o problemas iniciales del paciente.

- **Anotaciones de Proceso o Evolutivos**

Comprende tres formas de anotaciones de evolución:

- **Notas de Evolución.**

Este registro es muy útil, especialmente en situaciones en las cuales el estado del paciente cambia con rapidez. Realizadas en el transcurso del turno resaltando aspectos significativos sobre tratamiento y cuidados de enfermería. El formato para las notas en este tipo de sistema es específico y estructurado siendo las siglas **SOAPIE** son variaciones que ayudan a documentar los cambios existentes.

S = Datos subjetivos (síntomas que el paciente describe).

O = Datos objetivos (síntomas que el personal observa).

A = Valoración (conclusión del profesional).

P = Plan (enseñanza de cliente inmediata y futura).

I = Intervención (medidas de enfermería adaptadas a el).

E = Comprobación (evaluación — resultado de la asistencia).

- **Notas Narrativas.**

En este tipo de Anotaciones la información se registra cronológicamente en períodos de tiempos concretos, la frecuencia de la documentación dependerá del estado del paciente. Lo más habitual es que el profesional de enfermería documente las observaciones en el transcurso de su turno y que incluya datos de valoración, ejecución y respuesta del paciente ante las intervenciones realizadas.

- **Notas Focus.**

Es un método de organizar la información que incluye 3 componentes; una columna de enfoque que pueda incluir signos, síntomas, preocupaciones o conductas del cliente, entre otros; notas de evaluación de enfermería el cual se encuentra organizado teniendo en cuenta los datos, las intervenciones realizadas y la respuesta que incluye la evaluación de la eficacia de las intervenciones realizadas.

- **Anotaciones de Regreso o Alta.**

Referidas a las anotaciones que registran las condiciones fisiológicas y psicológicas en las que egresa el paciente, persona con la que se encuentra y orientaciones impartidas para el cuidado en casa.

ELABORACIÓN DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Para contribuir con la continuidad del cuidado brindado al paciente y familia, la enfermera asume la responsabilidad de elaborar las anotaciones de enfermería con el objetivo de comunicar oportunamente los problemas, necesidades y respuestas frente al tratamiento médico y de enfermería, por ello deben ser evaluadas periódicamente a fin de evidenciar resultados en cuanto a su confiabilidad, oportunidad y validez científica para prever riesgos. En la evolución del estado de salud del paciente y la participación de la familia.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial, es el método conocido como el proceso de atención de enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática; este a su vez se encuentra compuesto en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (15)

La norma práctica de enfermería orienta a la enfermera del Proceso de Enfermería, ya que la información proporcionada para los registros se proceden de diversas fuentes primarias paciente como secundaria familiares, personal de salud, etc.

El hecho de conocer estas normas proporciona al Departamento de Enfermería la autoridad para determinar su filosofía y políticas de registro, de acuerdo con las normas aplicables.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son: (16)

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicio, juicio de valor u opciones personales.

- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como: “normal”, “regular”, etc.
- Debe ser clara y concisa, se escribirá de forma legible.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

Atendiendo la importancia que el registro tiene para la continuidad del cuidado del paciente, BarbaraKozier (1994), puntualiza que el personal de enfermería al momento de realizarlos debe considerar criterios indispensables de la comunicación eficaz, éstas son:

“La simplicidad, claridad, el momento y la pertenencia, la adaptación y la credibilidad. (17)

El registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye entonces un medio de comunicación y una metodología de acción. Donde se describe el tratamiento, evolución, valoración del paciente y evaluaciones de las intervenciones de enfermería, durante un determinado turno de trabajo. Por ello el registro es indispensable y permanente sobre la información relativa al paciente para coordinar los cuidados a la vez que disminuye la posibilidad de error respecto a un plan terapéutico en particular.

IMPORTANCIA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA.

- **Valor Legal:** las anotaciones de enfermería expresan literalmente las reacciones y evoluciones del paciente frente a la atención recibida, constituyéndose así en un documento legal que respalda la atención que se brinda; es por ello que deben responder a sus características; redactadas oportunamente, sin borrones.

Ni enmendaduras y refrendadas por la firma y número de la colegiatura de la enfermera (o) que lo realiza, así como también debe evidenciar los problemas necesidades y riesgos del paciente.

- **Valor Científico:** las anotaciones de enfermería describen determinadas reacciones y resultados del cuidado brindado, constituye una fuente de investigación de nuevos métodos para el cuidado de los pacientes, así mismo una valiosa fuente de información para identificar problemas, que necesitan atención de enfermería, así como para la valoración del progreso del paciente, para actualizar el plan de cuidados y evaluar los resultados del proceso de enfermería desarrollados en la atención que brinda, aspecto inherente a la profesión de enfermería.

G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Características de las Anotaciones de Enfermería, es todo aquella información escrita en la hoja de registro en el cual se consigna datos, con claridad y exactitud. En cuanto a su estructura y su contenido. La cual fue obtenida a través de una lista de cotejo y medido en formas completas e incompletas.

Se considera completas cuando existe precisión, claridad, significancia, concisión, comportamiento interacción, estado de conciencia, condición fisiológica, educación, plan de intervención, evaluación física.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El estudio fue de nivel aplicativo ya que partió de la realidad, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal el cual ha permitido presentar los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado.

B. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Rezola _ Cañete, ubicado en el distrito de San Vicente, en la provincia Cañete y departamento de Lima. Cuenta con el servicio de hospitalización, UCI, consulta externa y servicios de emergencia (adulto, ginecoobstétrico y pediátricos). El área de estudio específico lo constituyó el Servicio de Medicina, el cual se encuentra ubicado en el segundo piso de la institución, El Hospital cuenta con una infraestructura equipada con materiales y equipos especializados, para brindar atención a los pacientes de emergencias y hospitalizados.

C. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas las anotaciones de enfermería elaboradas en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola - Cañete en el 2010.

Dentro de los Criterios de inclusión tenemos:

- Ser anotaciones de enfermería del servicio de Medicina realizados en el mes de Mayo- Junio del 2010.

Los Criterios de Exclusión Fueron:

- Registros de anotaciones de servicios e incompletas.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue el análisis documental y el instrumento una hoja de registro, el cual fue sometido a juicios de expertos para determinar la validez de contenido y constructo mediante la prueba binomial y la tabla de concordancia (Anexo E). Luego de haber realizado las sugerencias se realizó la prueba piloto a fin de establecer la validez y confiabilidad estadística mediante el coeficiente de correlación de Pearson (Anexo G).

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos mediante una solicitud dirigido a la Dirección del Hospital REZOLA - CAÑETE a fin de obtener la autorización y el permiso respectivo. Luego se llevaron a cabo las coordinaciones con el Jefe de Estadística para la autorización respectiva, el mismo que se llevó a cabo durante el mes de junio, Julio del presente año.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excell previa elaboración de la tabla de códigos y tabla de matriz (Anexo I); presentando los resultados en gráficos estadísticos para su análisis e interpretación. Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva el promedio aritmético, frecuencia absoluta y porcentaje, valorando en completas e incompletas. (Anexo J).

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar el estudio se tuvo en cuenta criterios en la autorización de la institución donde se ejecutó el estudio (Anexo D).

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

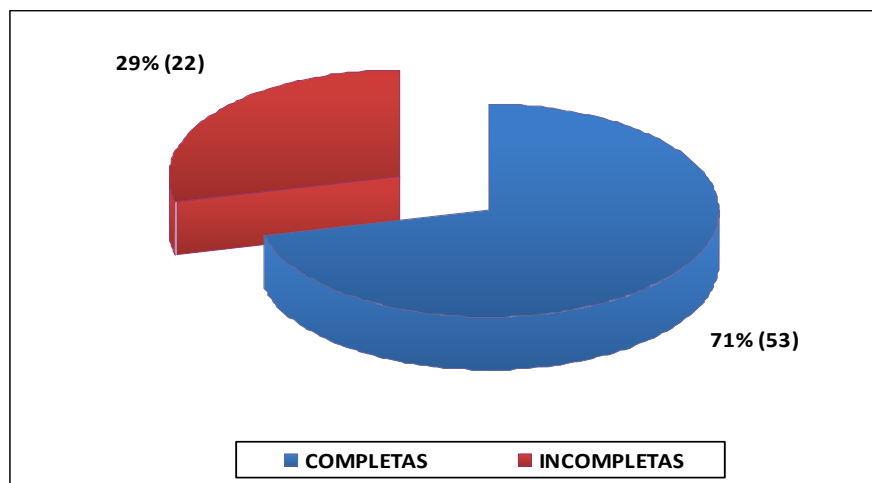
Luego de recolectados los datos estos fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el Marco teórico: Así tenemos que:

Considerando las características de las anotaciones de enfermería en el Hospital Rezola _cañete tenemos que del 100% (75) 71% (53) completas, 29% (22) incompletas. (Gráfico N° 1)(Anexo k). En cuanto a las características de las anotaciones de enfermería relacionadas a completas son porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos. Los aspectos relacionados a las características incompletas están dados porque no menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento, no registra cuidados relacionados en el área emocional, no coloca firma y sello.

Un registro consiste en la comunicación por escrito de hechos esenciales durante un periodo determinado. Las anotaciones de Enfermería es el registro que realiza la enfermera sobre la valoración del estado del paciente, son descripciones de los cambios en su estado, tratamiento administrado, así como posibles reacciones, cuidados brindados, de igual modo la valoración de las respuestas a éstas acciones (cuidados), ya que son parte importante del expediente médico legal del paciente. Asimismo las anotaciones tienen un valor legal, en tanto forma parte de la historia clínica del paciente. Dicho registro puede servir de respaldo; dado el caso del trabajo de la Enfermera, de allí la importancia de la necesidad que sean claros, precisos, legibles, sin enmendaduras respaldadas por la firma, el número de la colegiatura y sello del profesional que registra el cuidado administrado. Tienen también un valor científico en tanto constituyen una fuente de investigación. Un valor administrativo, un indicador de calidad que permite evaluar y documentar la calidad y por tanto tomar las medidas correctivas orientadas a vulnerar las áreas incompletas, como puede ser actividades de capacitación.

GRÁFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE. 2010 LIMA – PERÚ 2010



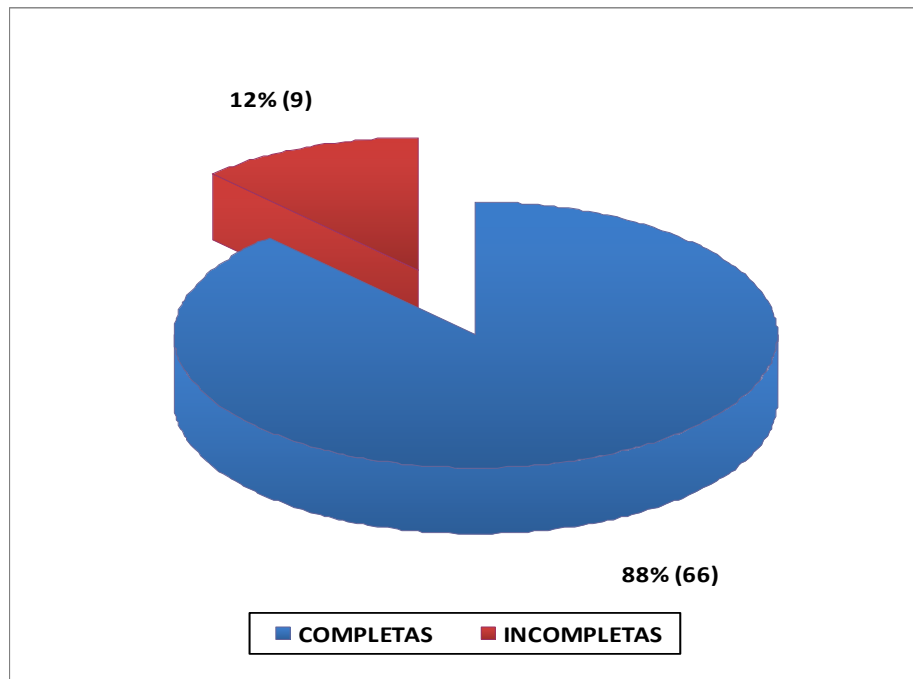
Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. 2010

Al respecto Cynthia Anglade Vizcarra, el 2002 estudió “Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” concluye que las anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, siendo solo el 14,5% significativa, lo cual evidencia que la atención brindada por la enfermera no ha sido de manera integral, ya que solo se basan en términos generales sobre el paciente. (18)

Por lo expuesto podemos deducir que un porcentaje considerable 71%(53) de las características de las anotaciones de enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Rezola – Cañete evidencia una atención completa, porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos y un menor porcentaje menor 29% (22) son incompletas y están dados porque no menciona el motivo por el cual.

GRÁFICO N° 2

**CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN
LA DIMENSIÓN CONTENIDO EN EL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REZOLA CAÑETE. 2010
LIMA – PERÚ
2010**



Fuente: *Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. 2010*

No se administra el tratamiento, no registra cuidados relacionados en el área emocional, no coloca firma y sello.

Acerca de las características según la dimensión estructura, del 100% (75), 71% (59) es completa y 29% (21), incompleta. (Gráfico N° 3) (Anexo M). Los aspectos a las características completas están referidos a que registra número de historia clínica, registras datos subjetivos, realiza ejecución y evaluación (Anexo M).

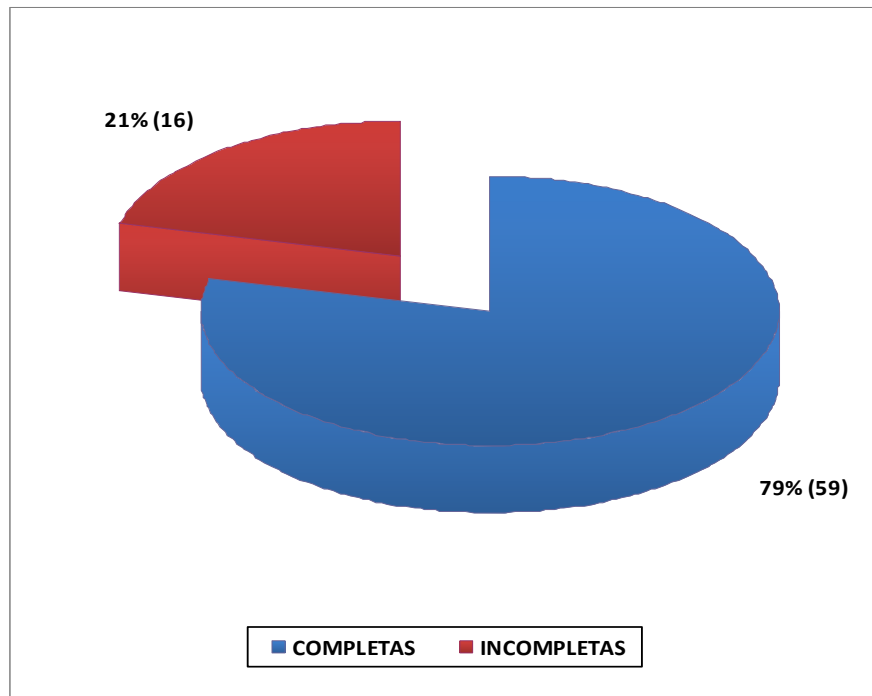
En el marco a las características de las anotaciones de enfermería se puede considerar la dimensión estructura, el cual está referida a los aspectos que tienen relación con su significancia y los aspectos físicos de su redacción, ser continua ya que debe evidenciar la atención que se brinda luego de realizada la acción, es decir deben estar redactadas en un lenguaje claro y sencillo, sin ambigüedades a fin de evitar confusiones, libre enmendaduras, y en caso de error debe rayarse la palabra errada y anotar, error entre paréntesis seguida de la firma y sello del profesional de enfermería.

En relación a las características de las anotaciones de enfermería dimensión contenido de 75(100%), el 88%(66) completa, 12% (9) incompleta (Gráfico 2) (Anexo L). Los aspectos relacionados a completa están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, si se presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización y los ítems relacionados a incompletos estas dados porque no efectúa la valoración mediante el examen físico, no menciona procedimientos realizados al pacientes, no registra cuidados de higiene, no identifica problema en el área emocional y tampoco brinda información sobre los procedimientos realizados . (Anexo L)

La dimensión contenido: Esta dada por la evaluación física, respuestas del paciente frente a la hospitalización, la capacidad de comprender sobre su enfermedad, condiciones fisiológicas, educación, información, tratamiento y procedimientos que se realizan. Todas las características ser consideradas estrictamente por la enfermera y persistir en todos los registros de enfermería a fin de contribuir a la recuperación del paciente. Al respecto Verónica Fretel Porras el 2002, realizó un estudio sobre “Evaluación de las Anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de neurología del HNGAI”; Concluyendo que “las Anotaciones de enfermería durante los años 2000 - 2002 son en un 50 % medianamente significativa evidenciando que el cuidado brindado no ha sido integral”. (19)

GRÁFICO N° 3

**CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN
LA DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN EL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REZOLA CAÑETE. 2010
LIMA – PERÚ
2010**



Fuente: *Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. 2010*

Por lo que se puede deducir que en las características de las anotaciones de enfermería en su dimensión contenido es completa 88%(66) y un mínimo porcentaje 12%(9) incompletas, Los aspectos relacionados a completa están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, si se presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización y los ítems relacionados a incompletos estas dados porque no efectúa la valoración mediante el examen físico, no menciona procedimientos

realizados al pacientes, cuidados de higiene, no identifica problema en el área emocional y tampoco brinda información sobre los procedimientos realizados. Lo cual no permite lograr el objetivo principal que es de proporcionar información fidedigna y objetiva al equipo de salud orientado a valorar el estado de salud y evolución del paciente, así como evaluar la calidad del cuidado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado.

En relación a las anotaciones de enfermería según dimensión estructura, del 100% (75), 71% (59) es completa y 29% (21), incompleta (Gráfico N° 3) (Anexo M). Los aspectos a las características completas están referidos a que registra número de historia clínica, registra datos subjetivos, realiza ejecución y evaluación. Los aspectos relacionados incompletos son porque no registra número de cama, no coloca fecha y hora, no coloca firma y sello del profesional (Anexo M).

Marina Hermelinda, Condezo Martel, el 2008, en Lima – Perú, en su estudio sobre “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”, concluyó “que el 70% (28) de las anotaciones que realizan los internos no se evidencia el uso de lapicero con colores oficiales según turno, el 100% (40) no evidencia el registro de la hora del procedimiento realizado en cada acción de enfermería, el 80% (32) no se evidencia el uso de abreviaturas de uso universal, 52.5% (21) no tiene buena caligrafía, 47.5% (19) no evidencia buena ortografía y el 100% (40) evidencian el registro de firmas, nombre y apellido y utiliza sellos”. (20)

Por lo que podemos concluir que un porcentaje considerable 79% (59) de las anotaciones de Enfermería del hospital Rezola - Cañete son completas porque registra de número de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación. En menor porcentaje significativo 21% (16) son incompletas porque no registra número de cama, fecha y hora, no coloca firma y sello. Lo cual no permite lograr el objetivo principal que es de proporcionar información fidedigna y objetiva al equipo de salud orientado a valorar el estado de salud y evolución del paciente, así como evaluar la calidad del cuidado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

- Las anotaciones de Enfermería en el Hospital Rezola Cañete en un porcentaje considerable evidencia una atención completa, porque registra funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra datos objetivos pero existe un porcentaje incompletas y están dados porque no menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento, no registra cuidados relacionados en el área emocional y no coloca firma y sello del profesional.
- Respecto a la características de anotaciones de Enfermería según contenido en el Hospital Rezola - Cañete, es completa, Los aspectos relacionados a completa están dados por que Registra signos y síntomas del paciente, registra si presenta reacciones adversas al Tratamiento administrado, Señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal, señala cuidado relacionado a movilización y los ítems relacionados a incompletas estas dados porque no efectúa la valoración mediante el examen físico, no menciona procedimientos realizados al pacientes, no menciona cuidados de higiene, no identifica problema en el área emocional y tampoco brinda información sobre los procedimientos realizados.
- Acerca de las características de las anotaciones de Enfermería según su estructura en el Hospital Rezola _ Cañete, un porcentaje considerable son completas porque registra de numero de H.C clínica, registra datos subjetivos, ejecución y evaluación y son incompletas porque no registra número de cama, no coloca fecha y hora, no coloca firma y sello.

B. RECOMENDACIONES.

Las Recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que el Departamento de Enfermería formule y/o elabore estrategias basadas en un Programa de Educación Permanente dirigida a los profesionales de Enfermería orientada a que a través de la aplicación de metodologías y técnicas participativas fortalezcan y/o actualicen sobre los registros de Enfermería, en el cual las anotaciones de Enfermería constituye una herramienta de gestión en el cuidado al paciente destinada a mejorar la calidad de la información que se brinda al equipo de salud sobre la calidad de cuidado que brinda el profesional de Enfermería al paciente.
- Que el Departamento de Enfermería promueva a nivel de los servicios la conformación de Comités de Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Registros de Enfermería, a fin de implementar y mejorar la calidad de las anotaciones de Enfermería.
- Realizar estudios similares a nivel de otras instituciones de salud en la provincia de Cañete, que permitan diseñar estrategias orientadas a mejorar la calidad de las anotaciones de Enfermería.
- Realizar estudios similares, utilizando instrumento tipo cuestionario, con el fin de profundizar los hallazgos respecto a las características de las anotaciones de enfermería.

C. LIMITACIONES.

Las limitaciones del estudio están dadas por qué:

Las conclusiones del estudio no pueden ser generalizadas a todos servicios, pues sólo son válidas para el Servicio de Medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Gabriela, Méndez Calixto. La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001(9):1-4.
- 2) PERRY Potter. Enfermería clínica. España. S.A. MADRID 1999.
- 3) COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Código de Ética y Deontología. D.L.22315. Lima - Perú. Pág. (30,31.32)
- 4) KOZIER Bárbara. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1995
- 5) Marina Hermelinda Condezo Martel," La Enseñanza aprendizaje y las "anotaciones de enfermería", 2002.
- 6) (19) Verónica FRETTEL. Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del HNGAI.
- 7) (20) Mariela Elida, Pecho Tataje. "Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de ICA-2003",
- 8) (18) Cynthia, Anglade Vizcarra. "Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", 2002.
- 9) Patricia MARTINEZ SARRIÁ. Labor de la Enfermera asistencial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza", 2001.
- 10) Cecilia Dolores Cerquin Saldarriaga, "Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM",2003.
- 11) Marina Hermelinda Condezo Martel," La Enseñanza aprendizaje y las "anotaciones de enfermería", 2002.

- 12) P. W IYER. Proceso de atención y diagnostico en enfermería. 3era. Edición. Mc Graw-Hill. Mexico. 1995
- 13) KOZIER Bárbara. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1995
- 14) WWW.GOOGLE.COM Registro del proceso de atención de enfermería.
- 15) COTO SALAS Maria Isabel, registro del proceso de enfermería.1999 Pág. (32,33, 34).
- 16) KOZIER Bárbara. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1994.
- 17) P. W IYER. Proceso de atención y diagnostico en enfermería. 3era. Edición. México Mc Graw-Hill. 1995

BIBLIOGRAFÍA

ANGLADE VIZCARRA, Cynthia. "Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" 2002.

BALDERAS, J. Administración en Enfermería. Interamericana. México. 1998.

CERQUIN SILDARRIAGA, Cecilia Dolores "Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM" 2003.

CONDEZO MARTEL, MARINA HERMELINDA," La Enseñanza aprendizaje y las "anotaciones de enfermería" 2002.

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Ley de Trabajo del Enfermero N°27669. Lima - Perú.

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Código de Ética y Deontología. D.L.22315. Lima – Perú.

COTO SALAS María Isabel, registro del proceso de enfermería.1999.

DUGAS, B. Tratado de enfermería práctica. 4ta. Edición. Interamericana. México. 2001

FRETEL Verónica. Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del HNGAI.

HERNÁNDEZ, A. Metodología de la Investigación. Editorial May. México. 1996

IYER, O. Proceso de Enfermería. Interamericana. México. 1990

KOZIER Bárbara. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1995

MARRINER, Ann Administración y Liderazgo en Enfermería. Mosby. Madrid. 1997

MARTINEZ SARRIÁ Patricia. Labor de la Enfermera asistencial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”

PERRY Potter. Enfermería clínica. España. S.A. MADRID 1999

P. W IYER. Proceso de atención y diagnostico en enfermería. 3era. Edición. Mc Graw-Hill. Mexico. 1995

WOLF, L. Fundamentos de Enfermería. 4ta. Edición. Harla. México. 1993.

WWW.GOOGLE.COM Registro del proceso de atención de enfermería. 2000.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A Operacionalización de la variable	I
B Matriz de Operacionalización de la variable	V
C Instrumento	VI
D Compromiso confidencial	VII
E Tabla de concordancia prueba binomial	IX
F Libros de códigos	X
G Validez del instrumento	XI
H Confiabilidad del instrumento	XII
I Matriz de codificación de datos según dimensión	XIII
J Medición de la variable. Característica de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina.	XVI
K Característica de las anotaciones de enfermería en su dimensión contenido.	XVIII
L Característica de las anotaciones de enfermería en su dimensión estructura.	XXI
M Características de las anotaciones de enfermería según la dimensión estructura en el servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete 2010.	XXIII

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES CARACTERÍSTICAS DE ANOTACIONES DE ENFERMERIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Características de las Anotaciones de enfermería	Las características de las anotaciones de enfermería son cualidades que tienen los registros de enfermería y que deben tener ciertas características: En estructura: debe evaluar el área física, psicológica y social.	Es todo aquella información escrita en la hoja de registro en el cual se consigna datos, con claridad y exactitud. En cuanto a su estructura y su contenido. La cual fue obtenida a través de una lista de cotejo y medido en formas completas e incompletas. Recolectando los datos a través del análisis	Contenido :	<ul style="list-style-type: none"> • Efectúa la valoración mediante el examen físico. • Registra las funciones vitales. • Registra los signos y síntomas del paciente. • Informa sobre tratamiento administrado. • Registra si e presenta efecto adversos al tratamiento. • Menciona procedimientos

	Y en su contenido es la forma de anotaciones de enfermería.	documental utilizando la lista de chequeo.		especiales realizados al paciente. <ul style="list-style-type: none"> Señala cuidados relacionados a la eliminación vesical e intestinal.
--	--	--	--	---


OPERACIONALIZACION DE VARIABLE CARACTERISTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Estructura:	<ul style="list-style-type: none"> • Señala cuidados relacionados a higiene. • Señala cuidados relacionados movilización. • Identifica problemas relacionados en el área emocional. • Coloca nombre y apellido del paciente • Numero de historia clínica • Numero de cama. • Señala fecha y hora. • Realiza valoración subjetiva.

				<ul style="list-style-type: none"> • Realiza valoraciones objetivas. • Realiza ejecución • Realiza evaluación. • Refleja redacción presentación y orden. • Escribe con lapiceros de acuerdo al color de turno. • Sin enmendaduras, ni tachas. • se identifica la enfermera.
--	--	--	--	--

ANEXO B

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICIÓN	APROXIMACIONES DE TÉCNICA E INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
COMPLETAS	De los ítems a observar son 3 H.C del mismo profesional, se consideró de 2 SI a más como SI y se le asignó el puntaje de 1. De 2 NO a más se le asignó el puntaje de 0.	Dentro de los procedimientos para la medición de la variable de estudio se tuvo en cuenta:	Para obtener los datos se utilizó la lista de cotejo y como técnica el análisis documental.	O R D I N A L
INCOMPLETAS	Para establecer los intervalos de clase se aplicó el Promedio en la curva de Gauss, y serán catalogados según su puntaje:  a x b Características de las anotaciones de enfermería : Completa: 22 - 27 Incompleta: 0 - 21	-Realizar el trámite administrativo mediante un oficio para obtener la autorización correspondiente. -Coordinar con el personal encargado para establecer el cronograma para el inicio de la recolección de datos.		

ANEXO C

U.N.M.S.M. – F.M UPG PSEE – 2010 INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES

Esta guía contiene una serie de ítems los cuales están basados en el Proceso de Atención de Enfermería.

SI: Si realiza las acciones del enunciado

NO: Si No realiza las acciones del enunciado

CARATERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA	1		2		3		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. Efectúa la valoración mediante el examen físico.							
2. Registra funciones vitales.							
3. Registra los Signos y síntomas del paciente.							
4. Informa sobre el tratamiento administrado.							
5. Registra si se presenta reacciones adversas al tto.							
6. Menciona el motivo por el cual no se administra el tto.							
7. Menciona procedimientos especiales realizados al paciente.							
8. Señala cuidados relacionados a eliminación vesical.							
9. Señala cuidados relacionados a nutrición e intestinal.							

10. Señala cuidados relacionados a higiene.							
11. Señala cuidados relacionados a movilización.							
12. Identifica problemas en el área emocional.							
13. Brinda educación sobre los procedimientos realizados.							
14. Señala cuidados realizados en el área emocional.							
CARATERISTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERIA	1		2		3		Observaciones
CONTENIDO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
15. Coloca nombre y apellido del paciente.							
16. Registra Numero de historia clínica.							
17. Registra Número de cama.							
18. Registra Fecha y hora.							
19. Registra Datos Subjetivos							
20. Registra Datos Objetivos							
21. Realiza Ejecución							
22. Realiza Evaluación							
23. Refleja redacción presentación y orden							
24. Usa lapicero con los colores oficiales según turno.							
25. Sin enmendadura.							
26. Sin tacha							
27. Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).							

ANEXO D

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado colega:

La investigación realizada solo se ha dado con fines de estudio sin comprometer a las colegas que laboran en dicho servicio, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE.

Maribel Manco Malpica

ANEXO E

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.04
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.04
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.04
5	1	1	0	0	1	0	1	1	0.363
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.04
7	1	1	0	1	0	1	1	1	0.145

(*) En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento.

Se ha considerado:

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO F

LIBRO DE CÓDIGOS

Datos específicos: 1= Correcto 0= Incorrecto

Nº Ítems	Puntuación
1	Si = 1
2	Si = 1
3	Si = 1
4	Si = 1
5	Si = 1
6	Si = 1
7	Si = 1
8	Si = 1
9	Si = 1
10	Si = 1
11	Si = 1
12	Si = 1
13	Si = 1
14	Si = 1
15	Si = 1
16	Si = 1
17	No = 1
18	Si = 1
19	Si = 1
20	Si = 1
21	Si = 1
22	Si = 1
23	Si = 1
24	Si = 1
25	Si = 1
26	Si = 1
27	Si = 1

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez además de solicitar la opinión de los jueces expertos, se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems, obteniéndose:

$$R = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(n \sum X^2 - (\sum x)^2)(n \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Dónde:

X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

Ítems	R de Pearson	Ítems	R de Pearson
Item 1	0,27	Item 15	0,21
Item 2	0,16	Item 16	0,52
Item 3	#	Item 17	0,65
Item 4	0,21	Item 18	0,22
Item 5	0,39	Item 19	0,11
Item 6	0,40	Item 20	0,06
Item 7	0,15	Item 21	0,05
Item 8	0,21	Item 22	0,50
Item 9	0,27	Item 23	0,38
Item 10	0,40	Item 24	0,21
Item 11	0,36	Item 25	0,03
Item 12	0,45	Item 26	0,14
Item 13	0,53	Item 27	0,36
Item 14	0,33		

Si $r > 0.20$, el ítem es considerado válido. Por lo tanto los ítems son válidos, excepto los ítems N° 2, 3, 7, 19, 20, 21, 25 y 26 los cuales no alcanzan el valor esperado, sin embargo se conservan por su importancia en el estudio.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba estadística Kuder Richard:

$$K - R = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum p^* q}{S_x^2} \right]$$

Dónde:

K : N° de preguntas o ítems.

S_x^2 : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Reemplazando :

$$K - R = \frac{27}{27 - 1} \left[1 - \frac{4,09}{9,59} \right]$$

$$K - R = 0.6$$

Para que exista confiabilidad $K - R > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.

MATRIZ DE CODIFICACIÓN DE DATOS SEGÚN DIMENSIÓN

[illegible]

ITEMS CONTENIDO																ITEMS ESTRUCTURA														
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
29	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
31	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
33	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
35	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
38	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
39	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
41	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
43	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
44	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
45	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
46	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
47	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
48	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
49	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
50	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23

	ITEMS CONTENIDO																	ITEMS ESTRUCTURA																
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22		
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22		
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22		
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21		
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19		
55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24		
56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24		
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24		
58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25		
59	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25		
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	23	
61	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	
62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21		
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20		
64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	23	
65	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24		
66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23		
67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	23	
68	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	23	
69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24		
70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21		
71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	20	
72	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32		
73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23		
74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	
75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	21	

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Para establecer los intervalos de la variable características de las Anotaciones de Enfermería se aplicó el promedio en la curva de Gauss.

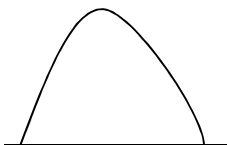
$$\bar{x} = \frac{\sum X_i}{n}$$

Donde :

- n = Tamaño de la población.
- X_i = Valores de la variable.

PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORIAS DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

1. Se calculó el Promedio: $\bar{x} = 22$



$\bar{x} = 22$

CATEGORIAS:	INTERVALO
-------------	-----------

- | | |
|---------------|---------|
| ▪ Completas | 22 - 27 |
| ▪ Incompletas | 0 - 21 |

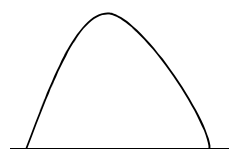
CATEGORIZACIÓN POR DIMENSIONES

DIMENSIÓN CONTENIDO

1. Se calculó el Promedio: $\bar{x} = 11$

CATEGORIAS: INTERVALO

- Completas 11 - 14
- Incompletas 0 - 10



$\bar{x} = 11$

DIMENSIÓN ESTRUCTURA

1. Se calculó el Promedio: $\bar{x} = 11$

CATEGORIAS: INTERVALO

- Completas 11 - 13
- Incompletas 0 - 10



$\bar{x} = 11$

ANEXO K

CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL

REZOLA CAÑETE. 2010

LIMA – PERÚ

2010

Nº	INDICADORES	CARACTERÍSTICAS				TOTAL	
		COMPLETAS		INCOMPLETAS			
		N	%	N	%	N	%
1	Efectúa la valoración mediante el examen físico.	58	77	17	23	75	100
2	Registra funciones vitales.	66	88	09	12	75	100
3	Registra los signos y síntomas del paciente.	64	85	11	15	75	100
4	Informa sobre el tratamiento administrado.	61	81	14	19	75	100
5	Registra si se presenta reacciones adversas al tratamiento.	65	87	10	13	75	100
6	Menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento.	51	68	24	32	75	100
7	Menciona procedimientos especiales realizados al paciente.	59	79	16	21	75	100
8	Señala cuidados relacionados a eliminación vesical.	62	83	13	17	75	100
9	Señala cuidados relacionados a nutrición y eliminación intestinal.	60	80	15	20	75	100
10	Señala cuidados relacionados a higiene.	59	79	16	21	75	100

11	Señala cuidados relacionados a movilización.	60	80	15	20	75	100
12	Identifica problemas en el área emocional.	58	77	17	23	75	100
13	Brinda educación sobre los procedimientos realizados.	57	76	18	24	75	100
14	Señala cuidados realizados en el área emocional.	55	73	20	27	75	100
Nº	INDICADORES	CARACTERISTICAS				TOTAL	
		COMPLETAS		INCOMPLETAS			
		N	%	N	%	N	%
15	Coloca nombre y apellido del paciente.	60	80	15	20	75	100
16	Registra número de historia clínica.	61	81	14	19	75	100
17	Registra Número de cama.	57	76	18	24	75	100
18	Registra Fecha y hora.	60	80	15	20	75	100
19	Registra Datos Subjetivos	59	79	16	19	75	100
20	Registra Datos Objetivos	64	85	11	15	75	100
21	Realiza Ejecución	59	79	16	21	75	100
22	Realiza Evaluación	62	83	13	17	75	100
23	Refleja redacción presentación y orden	62	83	13	17	75	100
24	Usa lapicero con los colores oficiales según turno.	60	80	15	20	75	100

25	Sin enmendadura.	68	91	7	9	75	100
26	Sin tacha	64	85	11	15	75	100
27	Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).	54	72	21	26	75	100

Fuente: *Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital
Rezola Cañete. 2010*

ANEXO L
CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN
LA DIMENSIÓN CONTENIDO EN EL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REZOLA CAÑETE. 2010
LIMA – PERÚ
2010

Nº	INDICADORES	CARACTERÍSTICAS				TOTAL	
		COMPLETAS		INCOMPLETAS			
		N	%	N	%	N	%
1	Efectúa la valoración mediante el examen físico.	58	77	17	23	75	100
2	Registra funciones vitales.	66	88	09	12	75	100
3	Registra los signos y síntomas del paciente.	64	85	11	15	75	100
4	Informa sobre el tratamiento administrado.	61	81	14	19	75	100
5	Registra si se presenta reacciones adversas al tratamiento.	65	87	10	13	75	100
6	Menciona el motivo por el cual no se administra el tratamiento.	51	68	24	32	75	100
7	Menciona procedimientos especiales realizados al paciente.	59	79	16	21	75	100
8	Señala cuidados relacionados a eliminación vesical.	62	83	13	17	75	100
9	Señala cuidados relacionados a nutrición y eliminación intestinal.	60	80	15	20	75	100

10	Señala cuidados relacionados a higiene.	59	79	16	21	75	100
11	Señala cuidados relacionados a movilización.	60	80	15	20	75	100
12	Identifica problemas en el área emocional.	58	77	17	20	75	100
13	Brinda educación sobre los procedimientos realizados.	57	76	18	23	75	100
14	Señala cuidados realizados en el área emocional.	55	73	20	24	75	100

Fuente: *Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. 2010*

ANEXO M

CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN ESTRUCTURA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE. 2010 LIMA – PERÚ 2010

Nº	INDICADORES	CARACTERÍSTICAS				TOTAL	
		COMPLETAS		INCOMPLETAS			
		N	%	N	%	N	%
15	Coloca nombre y apellido del paciente.	60	80	15	20	75	100
16	Registra número de historia clínica.	61	81	14	19	75	100
17	Registra Número de cama.	57	76	18	24	75	100
18	Registra Fecha y hora.	60	80	15	20	75	100
19	Registra Datos Subjetivos	59	79	16	21	75	100
20	Registra Datos Objetivos	64	85	11	15	75	100
21	Realiza Ejecución	59	79	16	19	75	100
22	Realiza Evaluación	62	80	13	20	75	100
23	Refleja redacción presentación y orden	62	80	15	20	75	100
24	Usa lapicero con los colores oficiales según turno.	60	80	15	20	75	100
25	Sin enmendadura.	68	91	7	9	75	100
26	Sin tacha	64	85	11	15	75	100
27	Coloca Firma y Sello (Se identifica la Enfermera).	54	72	21	26	75	100

Fuente: *Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete. 2010*